

ARTÍCULOS ORIGINALES

Escleroterapia en hemorragia digestiva alta no varicosa

Sclerotherapy in upper digestive non-varicose hemorrhage

Dr. Hipólito Izquierdo de la Rosa; Dr. Juan Carlos Vega Méndez; Dra. Rosa María García Barreto

Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Camagüey. Cuba.

RESUMEN

En el servicio de Gastroenterología del Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja, de Camagüey, se realizó un estudio longitudinal y retrospectivo para evaluar los resultados de la escleroterapia endoscópica en las hemorragias digestivas altas, desde 1989 a 2002. El universo estuvo constituido por 1 880 pacientes a los cuales se les realizó endoscopias de urgencia. Se diagnosticaron 1 022 hemorragias digestivas altas no varicosas, de las cuales 368 presentaron sangramiento activo. Todos los pacientes se les llenó una encuesta donde se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, antecedentes de ingesta de gastroerosivos, tiempo transcurrido desde el inicio de la hemorragia, manifestación del sangrado en forma de hematemesis, melena, o ambas asociadas. Se utilizó el Panendoscopio GIF-IT-30, con una aguja de catéter de la casa Olympus, para inyectar la sustancia esclerosante. Se usó la Adrenalina al 1 x 10 000 en el 37 % de los pacientes y asociada al Polidocanol, al 1 % en el 63 % restante. Se les realizó escleroterapia endoscópica a los 368 sangramientos

activos, de los cuales 267 (72, 25%) fueron hombres y 101 (27, 44 %) mujeres, en edades comprendidas entre 15 y 95 años. Ocurrió con más frecuencia en la sexta década de la vida. El 48 % se realizó en las primeras 12 h y el resto, dentro de las 24 h de iniciado el sangramiento. El 57 % de las lesiones fueron del tipo Forrest Ib y la localización más frecuente en el duodeno. La melena fue la manifestación clínica más frecuente (57, 6 %). En el 93 % de los pacientes se obtuvo éxito y en el resto no, todos recibieron tratamiento quirúrgico, fallecieron cuatro de ellos (1 %). No obstante, se disminuyó el número de intervenciones urgentes, por lo que se redujo la mortalidad operatoria, el consumo de sangre y los costos del hospital. Se concluyó que la escleroterapia endoscópica de urgencia mediante la inyección de Adrenalina sola o asociada al Polidocanol, ejerce un efecto claramente favorable en la evolución de las hemorragias digestivas secundarias a enfermedades ulcerosas del tracto digestivo superior con signos de sangramiento activo en el momento de realizar la panendoscopia.

DeCS: HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL; ESCLEROTERAPIA; VÁRICES ESOFÁGICAS Y GÁSTRICAS; EPINEFRINA/uso terapéutico

ABSTRACT

A longitudinal and retrospective study was carried out with the aim of evaluating the results of the endoscopic sclerotherapy in the upper digestive hemorrhages in the service of Gastroenterology at Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja Military Clinical-Surgical Hospital, of Camagüey city. The universe was carried composed of 1 880 patients to whom urgent endoscopies were performed from 1989 to 2002. Upper digestive hemorrhages non-varicose were diagnosed, 368 out of them presented active bleeding. Each patient completed a survey in which the following variables were included: age, sex, antecedents of ingestion of gastroerosives, time elapsed since the beginning of hemorrhage, bleeding manifestation in form of hematemesis, melene or both associated. Panendoscopia G 1F -1T- 30 was used with a needle of catheter of Olympus House, for injecting the sclerosing substance. Adrenaline 1x 10 000 in 37 %

of patients was used and associated to Polycadonol 1 % in the remaining 63 %. Endoscopic sclerotherapy was done to 368 patients with active bleeding, 267 (75, 25 %) out of them were men and 101 (27, 44 %) women, in ages among 15 and 95 years, occurred more frequently in the sixth decade of life. The 48 % was done in the first 12 h and the remaining in the 24 h after initiating bleeding. The 57 % of lesions were Forrest Ib type and the most frequent localization in duodenum. Melena was the most frequent clinical manifestation (57, 6 %). In the 93 % of patients success was obtained, there was failure in 26 patients (7 %), all received surgical treatment, four of them died (1 %). Nevertheless, the number of urgent interventions decreased, so the operatory mortality blood consumption and hospital cost were reduced. Concluding, endoscopic sclerotherapy of emergency through the injection of Adrenaline alone or associated to Polycadonol exerts a clearly favorable effect in the evolution of secondary digestive hemorrhages to ulcerous diseases of the upper digestive tract with signs of active bleeding at the moment of performing panendoscopy.

DeCS: GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE; SCLEROTHERAPY; ESOPHAGEAL AND GASTRIC VARICES; EPINEPHRINE/therapeutic use

INTRODUCCIÓN

La hemorragia del aparato gastrointestinal es una de las causas más frecuentes de hospitalización. El número de pacientes que ingresan por úlcera péptica ha disminuido en algunos países, pero la mortalidad total, en términos generales, por hemorragia del aparato digestivo no ha cambiado durante los últimos decenios. En la actualidad las hemorragias se presentan con más frecuencia en los pacientes ulcerosos de más de 60 años de edad y los que utilizan fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINES).¹⁻³

La endoscopia precoz diagnóstica y terapéutica puede modificar y mejorar los resultados en el manejo del sangramiento por lesiones pépticas.⁴ El análisis del problema ha demostrado que el mantenimiento de la mortalidad por hemorragia digestiva alta (HDA), que alcanza el 10 %, es secundaria con

respecto al progresivo envejecimiento de la población que presenta esta dolencia y a las posteriores enfermedades graves asociadas. En este subgrupo de pacientes la necesidad de cirugía por hemorragia incontrolada presenta una elevada mortalidad, situada entre el 25-70 %.⁵

Bajo esta óptica en los últimos años se han desarrollado diversas técnicas endoscópicas de hemostasia, cuyo valor terapéutico está aprobado en la actualidad; así como la sencillez y eficacia de la esclerosis endoscópica en la HDA secundaria a úlcera péptica.⁶⁻⁹

Las cifras de recidiva hemorrágica y mortalidad, según los hallazgos endoscópicos son discordantes en diferentes series revisadas. En pacientes con HDA por úlcera péptica con vaso visible, la recidiva hemorrágica oscila entre 0 y 100 % de los enfermos.¹⁰⁻¹².

En este trabajo se constató la evolución y los resultados obtenidos en nuestro centro hospitalario a pacientes con de hemorragia digestiva alta secundaria a úlcera péptica, a los cuales se les realizó escleroterapia endoscópica.

MÉTODO

Se realizó un estudio longitudinal y retrospectivo a pacientes a los que se les practicó endoscopias de urgencias en el servicio de Gastroenterología del Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja de Camagüey, desde 1989 a 2002. El universo estuvo constituido por 1 880 pacientes, de ellos 1 022 presentaron HDA no varicosas y 368, sangramiento activo. Se utilizó al Panendoscopio GIF-IT-30 con una aguja de catéter de la casa Olympus para inyectar la sustancia esclerosante. Inicialmente se inyectó solamente 10-20 ml de Adrenalina (1 x 10 000) en la lesión sangrante en 37 % de los pacientes y se le añadió de 5-10 cc de Polidocanol al 1 % en el 63 % restante.

Criterios de inclusión

- Edad entre 15 y 95 años.
- Correcta descripción y localización de la lesión endoscópica (esófago, estómago, duodeno) con lavado de la lesión en pacientes con coágulos adheridos, para poder precisar la presencia o no de vaso visible.

- La indicación de esclerosis se efectuó si en el momento de la endoscopia existía sangramiento activo (a chorro, en sábana, rezumado, vaso visible o coágulo oscuro adherido a la lesión).
- La endoscopia se realizó en las primeras 24 h de la hemorragia digestiva alta en todos los pacientes.
- Se consideró un paciente con HDA, siempre que fuera constatada por personal enfermero o médico la presencia de hematemesis, o melena con o sin signos de repercusión hemodinámica.
- Antecedentes de ingesta con gastroerosivos.
- Descripción de los signos endoscópicos de acuerdo con la clasificación de Forrest.¹³
- Presencia de sangramiento activo, Ia; sangrado a chorro, Ib, sangrado en sábana o rezumado, IIa; vaso visible no sangrante; IIb, coágulo oscuro adherido a la lesión.

Criterios de exclusión

- Presencia de enfermedades graves asociadas que impedían la realización de la panendoscopia (hepatopatías severas, enfermedades cardiorrespiratorias descompensadas, reciente infarto agudo del miocardio).
- Complicaciones secundarias a la HDA: insuficiencia renal durante el ingreso, presencia de shock hipovolémico o descenso de la presión arterial sistólica < 100 mm Hg y/o elevación de la frecuencia cardiaca superior a 110 latidos/min.
- Sangramiento secundario a otras causas que no fueran ulcus péptico.
- Tiempo mayor de 24 h de iniciada la HDA.

Las lesiones se clasificaron según Forrest (a chorro, Ib rezumado, IIa vaso visible, IIb coágulo oscuro adherido).

Para la recolección de datos se utilizó una encuesta. Su procesamiento se realizó mediante la utilización de métodos computarizados con estadística descriptiva, distribución de frecuencia y porcentajes.

RESULTADOS

Se comprobó que de las por 1 880 endoscopias de urgencias realizadas, 1 022 (51, 65 %) fueron HDA no varicosas, y de ellas, 368 presentaron sangramiento activo (18, 58 %) (Tabla 1).

Tabla 1. Endoscopias de urgencia realizadas entre 1989-2002

Características del sangramiento	No	%
Endoscopias de urgencia	1980	100
HDA no varicosas	1022	51,65
Sangramiento activo	368	18,58

A las 368 sangramientos activos se les realizó escleroterapia endoscópica; 267 (72, 25 %) eran hombres y 101 mujeres (27, 44 %), en edades comprendidas entre los 15 y 95 años, ocurrió más frecuente en la sexta década de la vida (Tabla 2).

Tabla 2. Predominio del sangramiento activo por grupo etáreo y sexo

Edad	Total (n)	H (%)	M (%)
15-25	5	3 (8,84)	2 (2,005)
25-35	18	14 (3,8)	4 (0,01)
35-45	51	41 (11,14)	10 (0,02)
45-55	79	59 (16,03)	20 (0,05)
55-65	90	71 (19,02)	19 (0,05)
65-75	72	43 (11,68)	29 (0,07)
75-85	46	32 (8,69)	14 (0,03)
85-95	7	4 (0,01)	3 (0,008)
Total	368	267 (72,25)	101 (27,44)

La forma de manifestación más frecuente del sangrado fue la melena en 212 (57, 60 %) pacientes, seguido de la hematemesis 92 (25 %) y la asociación de melena con hematemesis, en 64. Como sustancia esclerosante se utilizó la Adrenalina sola al 1 x 10 000 (10-20 cc) en el 37 %; y la asociación de

Adrenalina al 1 x 10 000 (10-20 cc) con Polidocanol al 1 % (5-10 cc), en el 63 % de los pacientes (Tabla 3).

Tabla 3. Tipo de sangramiento y sustancias hemostáticas utilizadas

Tipo de sangramiento	No. de pacientes	%	Sustancias hemostáticas utilizadas	%
Melena	212	57,60	Adrenalina al 1 x 10 000 (10-20 cc)	37
Hematemesis	92	25	Adrenalina al 1 x 10 000 (10-20 cc + Polidocanol al 1 % (5-10 cc))	63
Melena + hematemesis	64	17,39		
Total	368	100		100

El tipo de lesión más frecuente de acuerdo con la clasificación de Forrest fue el Ib (56, 79 %), seguido del IIa (28, 53 %), el IIb (10, 32 %) y por último, el Ia en el 7.06 (Tabla 4).

Tabla 4. Tipo de hemorragia activa (Forrest)

Tipo de hemorragia	No. de pacientes	%
A chorro (Ia)	26	7,06
Rezumado (Ib)	209	56,79
Vaso visible (IIa)	95	28,53
Coágulo (IIb)	38	10,32

La localización de mayor incidencia fue en el duodeno con el 67, 9 %, seguido del 26, 62 % en el estómago, y el 7, 88 % restante en el esófago (Tabla 5).

Tabla 5. Localización del sangramiento

Localización	No	%
Esófago	29	7,88
Estómago	89	26,62
Duodeno	250	67,9

En el 93 % de los pacientes se obtuvo éxito, no se produjo ninguna complicación; los fallos fueron en 26 pacientes (7 %). Los 26 enfermos recibieron tratamiento quirúrgico de urgencia, sólo 4 de ellos fallecieron.

DISCUSIÓN

La HDA es una dolencia de gran incidencia y responsable de cuantiosas muertes, es por ello que múltiples grupos de estudio realizan ensayos controlados con la intención de mejorar los resultados, se basan en el diagnóstico precoz de la lesión sangrante y aunque no se hayan producido grandes descensos de la mortalidad.⁴⁻⁵ Es indudable que el conocimiento de la causa de la hemorragia condiciona la actitud terapéutica, se recomienda el abordaje precoz de los enfermos sangrantes, sobre la base de signos endoscópicos que tienen un gran valor predictivo con respecto a la evolución del episodio sangrante.¹¹⁻¹⁴

En este estudio se realizaron 1 880 endoscopias de urgencias por HDA. En el 18, 58 % de nuestros pacientes se encontraron estigmas de hemorragia activa dentro de las primeras 24 h de iniciado el sangramiento, se apreció un rezumado en 209 enfermos (56, 79 %), un vaso visible en 95 pacientes (28, 53 %), un coágulo oscuro adherido en 38 (10, 32 %) y un sangramiento a chorro en 26 (7, 06 %); resultados similares a los encontrados por otros autores.¹⁵⁻¹⁷

Predominio de pacientes varones sangrantes 267 (72, 25 %) tal como se señala en otras series,¹⁸ este hecho se atribuye a la mayor incidencia de úlcera péptica en el sexo masculino, además de otros factores de riesgo.

También se destacó la aparición de melena en el 57, 6 % de los pacientes, como primer signo clínico relacionado con la mayor incidencia de úlceras

duodenales, no hubo diferencias en la frecuencia con respecto a lo planteado por otros autores.^{19, 20}

La mayor incidencia de HDA ocurrió en la sexta década de la vida, lo que coincidió con Laporte et al.¹ y Vázquez González et al.³

Los agentes esclerosantes utilizados fueron la Adrenalina sola al 1 x 10 000 en el 37 % de los pacientes y asociada al Polidocanol al 1 % en el 63 % restante, obtuvimos hemostasia en el 93 % de los pacientes esclerosados, un 7 % presentó recidiva hemorrágica incontrolable que requirieron cirugía de urgencia, falleciendo el 1 % de éstos pacientes intervenidos. No se encontró diferencia con otros centros.¹⁹⁻²²

La edad es un factor determinante, los enfermos con peor pronóstico son los mayores de 60 años, con enfermedades graves asociadas y ulcera péptica. En un alto porcentaje hubo antecedente de ingesta de gastroerosivos.^{1, 23, 25} Se debe destacar la necesidad de la pronta realización de la endoscopia como principal método diagnóstico y terapéutico con un gran valor predictivo,¹¹ junto con otros factores clínicos, con la intención de mejorar las perspectivas de vida de estos enfermos.²⁶⁻²⁹

CONCLUSIONES

Con el empleo de la escleroterapia en la HDA no varicosa se logró:

Detener la hemorragia en el 93 % de los pacientes.

Reducir la cirugía de urgencia (mortalidad en cirugía de urgencia de 15-28 %).

Excluir la cirugía o programarla.

Reducir el consumo de sangre (30-70 %).

Disminuir los costos directos del hospital, sobre todo en pacientes de alto riesgo, por la reducción del número de operaciones y la estadía hospitalaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Laporte JR, Carné X, Vidal X. Upper gastrointestinal bleeding in relation to previous use of analgesics and non steroidal anti-inflammatory drugs. *Lancet* 1991;337:85-9.
2. Vera J, Penagos J. Gastropatía por Aines en Pediatría: reporte de un caso. *Actual Pediatría* 1998;(4):177-81.
3. Vázquez González P, Marchena Pérez E, Fernández Águila ME, Manrique Rionda EA, Castro Valenara M. Tratamiento endoscópico con inyección de escleroterapia en el SDA por úlcera gastroduodenal. Hospital Universitario "Dr. Celestino Hernández Rolau", Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Programa Resúmenes 2003. p. 107.
4. Bleeding ulcer: scope for improvement [editorial]. *Lancet* 1984;1;715-7.
5. Lasson DE, Farnell M.B. Upper gastrointestinal hemorrhage. *Clínica Proc* 1983;58:371-87.
6. Ortíz. Somatostatin. Alone or combined with emergency sclerotherapy for acute variceal bleeding. *Gastrointest Endosc* 1997;45:A 205.
7. Sochendra N. Endoscopic therapy of upper gastrointestinal bleeding in humans. *Gastroenterology* 1986;90:217-34.
8. Kress G, Little K, Gaard WH; Hamilton JK, Spady DK, Potter DE. Laser photocoagulation for the treatment of acute peptic-ulcer bleeding: a randomized clinical trial. *N Engl J Med* 1987;316:1618-21.
9. Lanás, JL, Alonso I, Alberdi A, Cornago. R. Trujillo, Lachen M. Eficacia de la escleroterapia endoscópica de urgencia en el control de la hemorragia digestiva por úlcera gastroduodenal. *Rev Esp Enf Ap Dig* 1989;76(5):425-30.
10. Carvalho E de, Nita Mircoti H, Silva AA. Gastrointestinal bleeding. *J Pediatr* 2000;76(Supl. 2): S 135- S 146.
11. Johnston J.H. The sentinel clot/visible vessel revisited. *Gastrointest Endosc* 1986;32:236-9.
12. Wara P. Endoscopic prediction of major rebleeding: a prospective study of stigmata of hemorrhage in bleeding ulcer. *Gastroenterol* 1985;88:1209-14.
13. Chang CC. Different implication of stigmata of recent hemorrhage in gastric and duodenal ulcer. *Diag Dic. Sic* 1988;33:400-4.
14. Forrest J, Finlayson N, Shearman. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. *Lancet* 1974;2:394-7.

15. Banse C. Endoscopic treatment of upper gastrointestinal bleeding. *Cuad Cir* 1998;12(1):71-81.
16. Casarrigo E, Pérez R, Gonzalo MA. Utilidad diagnóstica de la endoscopia precoz en hemorragias digestivas altas en un hospital de segundo nivel: estudio de 868 casos. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1987;72:139-42.
17. Ivano Flavio HA. Escleroterapia endoscópica no tratamento da hemorragia da úlcera gastro duodenal. *Endosc Dig* 2001;20(3):83-90.
18. Ng FH, Wong Sy, Chang CM, Cheng WH, Lanas AI, Wong BC. High incidence of clopidogrel-associated gastrointestinal bleeding in patients with previous peptic ulcer disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;18(4):443-9.
19. Sierra F. Escleroterapia en sangrado digestivo alto por úlcera péptica: estudio comparativo en la Fundación Santa Fé de Bogotá. *Acta Méd Colomb*. 1995;20(5): 222-7.
20. Scott L, Friedman MD. Tratado de Medicina Interna. Vol 1. San Francisco: Universidad de California; 1998. p. 734-6.
21. Jaramillo C, Pardo A. Esclerosis en hemorragias de vías digestivas altas de origen no varicosas. *Rev Colomb Gastroenterol* 1993;8(2):78-82.
22. Hidrovo V, Serrano C, Oarte M, Pérez C, Hurtado M, Abello JR. Esclerosis endoscópica con oleato de etanolamina: tratamiento para la úlcera péptica sangrante. *Rev Colomb Gastroenterol* 1993;8(41):211-5.
23. Ebecken R, Cerqueira FG, Ebecken KB; Motta RN. Carcinoma de células escamosas de esófago superior após oito anos de escleroterapia de várices esofágicas, relato de caso e revisao de literatura. *GED Gastroenterol Endosc Dig* 2001;20(2):51-4.
24. Sierra, Fernando Botero, Rafael C. Hipertensión portal: várices hemorrágicas y hemorrágia digestiva. *Bol Hosp San Juan de Dios* 199;46(2):73-83.
25. Martins RD. Doppler na avacallao do risco de sangramento por várices de esófago. *Sao Paulo*; s. n.; 1998. p. 65.
26. Parrochia Beguin E. Hipertensión portal: várices esofágicas y hemorragia digestiva. *Bol Hosp San Juan de Dios* 1999;46(p):75-83.
27. Silva DF; Jansen Juliana Taques; Ludvig, Juliano Coelho; Silva, Edson, Pedro Várices Hemorrágicas de Duodeno: una das complicacoes da hipertensao porta: relato de caso e revisao de literatura: *GED Gastroenterol Endosc Dig* 1998;15(3);105-10.

28. Andreollo NA, López MM, Santos LR, Olympic Meirelle J, Franco A, Ary N. Tratamiento endoscópico das várices esofágicas. GED Gastroenterol Endosc Dig 2002;21(2):54-63.

29. Colleoni Neto R. Late evaluation of patients with schistosomiasis, not previously submitted to surgical treatment, after eradication of bleeding digestiv by endoscopic sclerotherapy. Sao Paolo: 1998. p. 160.

Recibido: 15 de diciembre de 2003

Aceptado: 12 de marzo de 2004

Dr. Hipólito Izquierdo de la Rosa. Especialista I Grado en Gastroenterología
Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente Octavio de la Concepción y de la
Pedraja. Camagüey. Cuba.

